FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° 484

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice LIORET

Né à Montargis, le 26 mars 1902
Ancien Interne des Hôpitaux d'Orléans

Méningites Morbilleuses

Président : M. NOBÉCOURT, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice LIORET

Né à Montargis, le 26 mars 1902
Ancien Interne des Hôpitaux d'Orléans

Méningites Morbilleuses

Président : M. NOBÉCOURT, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1930

DOYEN . . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD,
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
BINET . . . . Physiologie.
AUBERTIN. . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
CATHALA . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT . . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY . . . . . Urologie.
GARNIER . . Pathologie expérimentale
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON. . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.
L'ABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . . Anatomie pathologique.
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie
LIAN. . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.) Pharmacologie.
MILLOT..... Histologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
MOREAU. . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING. . Anatomie pathologique.
OLIVIER. . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER. . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES. . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

USQUET. . . . . Pharmacologie.
UÉNIOT. . . . . Obstétrique.
EQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
RETTERER. . Histologie.
ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEX

A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.
FIESSINGER. .	Clinique médicale
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique méd.
LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.

MM.	
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale
MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale
MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale
PROUST. . . .	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale
LE LORIER . .	Clinique chirurgicale
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale
METZGER. . .	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur NOBÉCOURT

Professeur de Clinique des Maladies de l'enfance
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Qui nous a fait le très grand
honneur de présider cette thèse

A Monsieur le Docteur MARRE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Qui nous a inspiré ce travail
et nous a prodigué ses conseils
pendant sa rédaction, après nous
avoir instruit dans son service
pendant notre année d'internat.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur SERGENT, Médecin de la Charité.

M. le Professeur Auguste BROCA (*in memoriam*).

M. le Docteur BABONNEIX, Médecin de la Charité.

M. le Docteur BAUDET, chirurgien de l'Hôpital Bichat.

M. le Docteur AVIRAGNET, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX D'ORLÉANS.

MM. les Docteurs MARMASSE, RAMADIER (*in memoriam*), DEROUET, SIMONIN et BOULLET, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu.

MM. les Docteurs MARRE, DESHAYES, MERCIER, Médecins de l'Hôtel-Dieu.

M. le Docteur DENIS, oto-rhino-laryngologiste de l'Hôtel-Dieu.

M. le Docteur TASTE, Médecin colonel, médecin chef de l'Hôpital mixte d'Orléans.

AVANT-PROPOS

La présence de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien au cours d'une réaction méningée aiguë fait toujours craindre le développement d'une méningite tuberculeuse.

On rencontre cependant, assez souvent en pratique, des méningites aiguës à lymphocytes qui guérissent rapidement et sans séquelles.

Ces faits étaient connus depuis longtemps : « Dans votre pratique, disait autrefois Jules Simon, n'affirmez jamais la méningite tuberculeuse... rappelez-vous que vous n'êtes pas infaillible, que les symptômes les plus nets sont parfois trompeurs et qu'on a vu guérir des enfants qui semblaient en pleine méningite tuberculeuse. »

Depuis quelques années ces lymphocytoses rachidiennes ont donné lieu à de nombreuses recherches.

Tout un groupe de maladies infectieuses ont été reconnues capables de déterminer une telle réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien. Nous ne citerons que les oreillons, le zona, l'herpès, la spirochétose ictéro-hémorragique, la polyomyélite et

l'encéphalite, qui, d'après Netter, serait responsable de presque tous les cas sans étiologie précise.

L'helminthiase et la syphilis, avec une allure spéciale pour cette dernière, ont été également incriminés.

Il est une maladie infectieuse qui ne s'accompagne que rarement de complications nerveuses : c'est la rougeole.

Or, pendant l'année où nous avions l'honneur d'être l'interne du Dr Marre à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, nous avons eu l'occasion d'observer, au service des contagieux, chez une rougeoleuse une réaction méningée violente, réaction méningée à lymphocytes apparue au déclin de l'éruption et rapidement guérie.

Notre maître le Dr Marre nous communiqua une observation semblable de sa pratique civile et enfin nous avons connu un autre cas qui nous a été communiqué par M.le Dr Duchesnay de Malesherbes (Loiret).

Il nous a paru intéressant de rechercher, à ce propos, les observations similaires qui auraient pu être publiées.

LIMITATION DU SUJET

Il va sans dire que nous éliminons, du cadre de ce travail, les méningites survenues au cours d'une rougeole mais secondaires, elles-mêmes, à une autre complication ou dues à un autre germe.

C'est dire que nous ne parlerons pas de la méningite cérébro-spinale secondaire à la rougeole, comme il en a été rapporté plusieurs cas.

Nous laisserons de côté les méningites otitiques. Les infections de l'oreille interne sont fréquentes dans la rougeole. Faciles à diagnostiquer chez l'adulte, elles risquent de passer inaperçues chez le nourrisson et chez le jeune enfant.

Une pneumonie ou une broncho-pneumonie peuvent également avoir un retentissement sur les méninges.

Lorsque les examens du liquide céphalo-rachidien permettent de retrouver les germes, causes de l'infection pulmonaire, on rapportera facilement la méningite à cette complication. Dans d'autres cas comme dans notre observation (5) la discussion sera permise du sujet de la coexistence et du rapport de la méningite et de la broncho-pneumonie.

Nous ne parlerons pas non plus des méningites tuberculeuses secondaires à la rougeole. La présence de bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, qu'on retrouve dans 95 % des cas d'après le Pr Guillain, ou l'évolution se chargeront de séparer ces méningites tuberculeuses, des méningites lymphocytaires bénignes.

Nous n'étudierons seulement que ce que M. Guy Laroche a appelé les méningites morbilleuses.

Ce sont des méningites d'origine générale, survenues durant l'évolution d'une rougeole normale, à l'exclusion de toutes les méningites de cause locale et en particulier des méningites otitiques.

Ce sont en général des méningites bénignes, bien que leur tableau clinique soit souvent impressionnant, et elles guérissent sans séquelles. Elles ne déterminent pas de lésions profondes du système nerveux,pas de paralysies,ce qui nous permettra de, les différencier des encéphalites et névraxites de la rougeole,dont il a été publié d'assez nombreux cas.

HISTORIQUE

Les manuels classiques consacrent de longs chapitres aux diverses complications de la rougeole et en particulier aux complications pulmonaires.

Ils ne parlent qu'à peine des complications nerveuses. C'est qu'en effet elles sont fort rares.

On peut dire que, dans nos pays, tout individu contracte la rougeole à un moment donné de son existence, or le pourcentage des complications nerveuses est infime.

Elles existent cependant. On en retrouve dans la littérature médicale un assez grand nombre. Mais la plupart des observations se rapportent à des cas d'encéphalites et de myélites.

Les observations de méningites pures que nous avons prises pour sujet de ce travail ne sont qu'en très petit nombre.

M. Guy Laroche, qui en a publié une très détaillée en 1923, dit qu'à ce moment il en connaît deux autres seulement dans la littérature française.

Nous allons passer une courte revue des traités classiques français et nous noterons tout ce qui a trait aux complications nerveuses de la rougeole en général.

Dans le Traité clinique des maladies de l'enfance (1887), Cadet de Gassicourt note : « J. Bergeron et Larivière ont rapporté chacun un fait de paralysie consécutive à la rougeole : l'un était une paralysie généralisée avec dysphagie et nasonnement, l'autre une paraplégie survenue au 10e jour de l'éruption. »

Rilliet et Barthez rapportent un cas de paraplégie avec abolition des réflexes patellaires et paralysies des sphincters.

En 1892, Louis Guinon dans le *Traité de Médecine* (Charcot-Bouchard-Brissaud) écrit « la rougeole laisse peu de traces sur le système nerveux ; aussi a-t-on rarement signalé des paralysies : paralysies encéphaliques, paralysies à type myélopathique, paralysies à type périphérique. Ces paralysies appartiennent au début de la convalescence ».

Grancher termine ainsi son article Rougeole (*Traité de Médecine*, Brouardel et Gilbert, 1895). « Nous ne citerons que pour mémoire, à cause de leur rareté... rachialgie, paralysies diverses, névralgies avec ou sans troubles moteurs des jambes. »

Comby (*Traité des maladies des enfants :* Grancher-Comby-Marfan, 1897) s'étend un peu plus : « Complications du côté du système nerveux : chapitre court mais intéressant. On a signalé : des névrites, des myélites se traduisant par des paraplégies, des parésies, des troubles nerveux analogues à la sclérose en plaques ; myélites diffuses : infiltration de la moelle par les hématies et les leu-

cocytes (d'après M. Bruce). Ramollissements étendus de la moelle (d'après Barlow). Méningites cérébro-spinales (d'après Cheadle).

Hutinel (*Traité des maladies des enfants*, 1909) est le premier à parler des « méningites frustes avec lymphocytose rachidienne » (d'après Dopter) sans d'ailleurs insister.

Dieulafoy ne parle même pas des complications nerveuses de la rougeole dans son *Précis ne Pathologie* (1911).

Weill et Péhu (*Précis des maladies des enfants*) écrivent : « En dehors des convulsions, les complications nerveuses sont rares au cours de la rougeole. *Les méningites sont d'origine otogène ou tuberculeuses* ». Cependant ces auteurs citent l'observation de Lemierre rapportée plus loin.

A l'article rougeole (M. Armand Delille) du *Traité de Pathologie Médicale* (Pr. Sergent) il n'y a rien.

Le Prof. Teissier (*Nouveau Traité de Médecine*, 1928) consacre un chapitre aux complications nerveuses : « Manifestations nerveuses sans gravité : convulsions, paralysies de diverses natures, d'origine plutôt médullaire... »

Dans les littératures étrangères, ce chapitre est aussi court.

Harvey, dans *The Journal of the American Association of Chicago* (1897) nous donne une étude d'ensemble de l'opinion de divers auteurs anglais et

il conclut : « Très peu d'auteurs parlent de complications nerveuses dans la rougeole. »

Elles ne sont cependant pas inconnues, on le voit, mais seul Hutinel parle des méningites frustes à lymphocytes. Nous avons pu cependant en réunir quelques observations.

FORMES CLINIQUES

Nous allons procéder immédiatement à l'exposé et à la critique des observations.

D'après la définition que nous avons donnée plus haut, les méningites morbilleuses évoluent au déclin d'une rougeole normale et guérissent en quelques jours, tout en restant souvent la seule complication de cette maladie.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et, dans plusieurs observations, nous verrons que d'autres complications peuvent évoluer à côté de la méningite.

Nous grouperons donc nos observations en plusieurs chapitres :

Un premier chapitre comprendra les observations dans lesquelles, à la méningite, s'est surajouté un syndrome mental.

Dans un deuxième chapitre trouveront place, celles où il y a eu à la fois méningite et complications pulmonaires.

Enfin nous réserverons le troisième chapitre aux formes les plus typiques de méningites morbilleuses.

CHAPITRE PREMIER

MÉNINGITES MORBILLEUSES ET SYNDROME MENTAL

OBSERVATION I (J. Seglas) (1).

Mme B.., âgée de 30 ans, prend la rougeole d'un de ses enfants dans les premiers jours de mars 1896 : rougeole d'ailleurs bénigne et tout à fait normale.

La fièvre avait été très modérée ; l'éruption avait même totalement disparue et la malade entrait en convalescence lorsque, le 13 mars, subitement, elle se met à délirer, complètement égarée et désorientée, prononçant des paroles incohérentes.....

Les troubles intellectuels se continuèrent ainsi jusqu'au 20 mars, caractérisés toujours par un état de confusion mentale permanent entrecoupé de paroxysmes très courts avec délire, agitation anxieuse.

Rien d'ailleurs dans les différents appareils organiques : pas de température, pouls nor mal, langue sale, constipation, appétit nul, amaigrissement sensible depuis le début des accidents mentaux ; pas d'albumine.

1. (J. Seglas, *Rougeole. Confusion mentale pseudo-méningitique. Presse Médicale*, 1897, p. 193).

Tel était l'état des choses lorsque la famille me fit appeler en consultation.

Je trouve la malade calme, mais très obnubilée, le regard égaré semblant comprendre à peine ce qu'on lui dit ; par instant elle paraît mieux rassembler ses idées : elle se plaint d'avoir la tête fatiguée, de ne pouvoir comprendre ce qu'on lui dit, ni parler elle-même, et de se sentir brisée.

Les pupilles sont dilatées mais égales : tremblement en masse des membres, raideur manifeste des membres, réflexes rotuliens exagérés, trépidation spinale, pas de troubles de la sensibilité.

La langue est très sale ; constipation ; pas d'appétit. L'examen des différents appareils reste négatif. Pouls normal à 80, pas de température.

Ces différents symptômes s'accentuent les jours suivants et de plus, dès le lendemain on constate un certain degré de fièvre. Le surlendemain matin, 22, la température est à 38° ; le 23, elle monte à 39°8 ; le 24, à 40°4 malgré l'emploi de la quinine.

Appelé, de nouveau, auprès de la malade, je la trouve, ce jour-là, très abattue, tout à fait égarée, ne reconnaissant plus les personnes de son entourage, etc... La face est vultueuse, les pupilles inégales, les lèvres fuligineuses, la langue couverte d'un épais enduit blanchâtre mais humide

Raideur généralisée de la nuque et surtout des bras et des jambes, trismus, spasme du pharynx, hyperesthésie cutanée ; raie méningitique, ventre rétracté en bateau ; pas d'éruptions cutanées, pas d'engorgements ganglionnaires.

Pouls petit mais régulier à 140. T. : 41°.

Pas de dyspnée, de toux, ni d'expectoration. Rien dans les différents appareils.

Je revis la malade le lendemain 25 mars. L'état de confusion délirante est toujours le même; seules, les raideurs musculaires se sont un peu atténuées.

L'examen des appareils organiques est toujours négatif.

Cet état dura encore trois jours; puis la température s'abaissa définitivement. A partir de ce moment les symptômes s'atténuèrent petit à petit et disparurent en une dizaine de jours, sauf la confusion mentale qui dura encore trois semaines à peu près.

J'ajouterai en terminant que Mme B..., avait eu trois ans auparavant, à la suite d'une couche normale, un accès de délire d'emblée, avec idées de persécution systématisées qui dura plusieurs mois.

OBSERVATION II (L. Laganne) (1).

Georges L..., 18 ans, de bonne santé antérieure, entre le 22 février 1912, arrive avec une éruption de rougeole de moyenne intensité datant de la veille.

Le troisième jour il a une dyspnée violente, tousse de façon incessante et commence à s'agiter. L'auscultation ne fait entendre que quelques râles de bronchite. Puis il semble perdre complètement connaissance, ne répond plus, a quelques mouvements convulsifs de la face, un peu de collapsus.

1. (L. Laganne, *Psychoses au cours de la Rougeole. Presse Médicale*, 1912, p. 741).

Il présente une certaine raideur de la nuque et de l'hyperesthésie généralisée.

Il délire pendant six jours, se plaint d'une violente céphalée, a toujours une hyperesthésie cutanée très vive, la nuque un peu raide, mais ni Kernig ni autres signes nerveux objectifs.

Son liquide céphalo-rachidien un peu hypertendu ne présente pas d'éléments pathologiques.

Le délire persiste encore 2 ou 3 jours, mais 5 jours après il entre en convalescence qui est normale.

OBSERVATION III (L. Laganne) (1).

Léonie Iz..., 40 ans, sans antécédents de troubles mentaux, d'alcoolisme ou de syphilis, est envoyée le 31 décembre 1911 pour méningite cérébro-spinale.

Elle a présenté 5 jours auparavant, une éruption morbilleuse, précédée de phénomènes de catarrhe oculo-nasal et d'angine assez forts. La veille, elle a été prise de céphalée très violente, puis est tombée dans un état sub-comateux.

La nuque est raide, elle offre un léger degré de nystagmus horizontal, mais elle n'a ni signe de Kernig, ni paralysie oculaire, ni troubles des réflexes pupillaires ni signe de Babinski, ni troubles de la motilité ou de la réflectivité des membres.

Il existe une hyperesthésie généralisée très forte ; la respiration est suspirieuse mais de rapidité normale ; la tem-

1. (L. Laganne, *Psychoses au cours de la Rougeole. Presse Médicale*, 1912, p. 741).

pérature d'entrée est de 39°8 mais va baisser rapidement ; le pouls est à 120.

Le cœur est normal ; on note quelques râles sibilants dans les poumons. Pas d'albumine.

Une ponction lombaire donne issue à 20 cmc. de liquide clair, hypertendu sans éléments anormaux.

Pendant six jours elle a du délire avec hallucination. Dès le troisième jour, la nuque est redevenue souple, l'hyperesthésie est moins marquée.

Au douzième jour, les troubles psychiques eux-mêmes ont disparu.

Cette malade contracte la variole quinze jours plus tard et, au cours de cette nouvelle infection, qui se montre d'ailleurs assez légère, ne présente aucun trouble psychique.

(L'auteur publie ensuite deux observations de psychoses au cours d'angines pultacées. Ni dans l'une ni dans l'autre il ne parle de raideur de la nuque). Dans ces trois observations, ce qui domine la scène, c'est évidemment le syndrome mental, et lui seul, d'ailleurs, a intéressé les auteurs.

Cependant la réaction méningée a bien existé. Elle a été très nette dans l'observation I : céphalée, raideur de la nuque, constipation... Son début avait d'ailleurs été plus tardif et plus progressif qu'il ne l'est en général.

Cette réaction méningée s'est accompagnée d'une élévation thermique notable, qui est apparue et a disparu avec elle en quelques jours, alors que, la confusion mentale était apparue avant et avait

persisté plus longtemps sans fièvre importante.

Enfin tout s'est terminé rapidement et sans séquelles.

Dans les observations II et III nous nous trouvons en présence cliniquement d'une méningite : céphalée, raideur de la nuque, élévation thermique, évolution en quelques jours.

Evidemment le liquide céphalo-rachidien ne contient pas d'éléments anormaux. L'auteur note seulement une forte hypertension ; la réaction a été très légère.

Fait à noter : dans le même article, Laganne rapporte deux observations de confusion mentale au cours d'angines pultacées, dans aucun de ces deux cas il n'a trouvé de raideur de la nuque.

Chose curieuse également, le malade de l'observation III a contracté quelques jours après la variole. Cette affection n'a eu aucun retentissement sur ses centres nerveux.

Il nous a semblé juste de rapporter ces réactions méningées à la rougeole et de les séparer du syndrome mental.

CHAPITRE II

MÉNINGITES MORBILLEUSES ET PNEUMOPATHIES

Dans ce chapitre nous rangerons deux observations : l'une de M. Lemierre et l'autre personnelle. Dans ces deux cas une complication pulmonaire a évolué à côté de la méningite.

OBSERVATION IV

(Lemierre, Michaux et Limasset) (1).

Le soldat B... Pierre a eu à la fin de 1915 une paratyphoïde.

Au mois de novembre 1916 il est atteint d'une pneumonie de la base gauche, pour laquelle il est soigné dans une ambulance, puis envoyé en permission. Il regagne son dépôt divisionnaire à la fin de janvier 1917. Quelques jours plus tard il est pris de maux de tête, de frissons, de toux ; il est évacué sur une ambulance avec le diagnostic de congestion pulmonaire. On constate alors du catarrhe oculo-nasal, de la bronchite puis on voit apparaître une éruption de rougeole.

1. Lemierre, Michaux, Limasset, *Etat méningé avec liquide puriforme au cours d'une rougeole*. Société médicale des Hôpitaux, 16 mars 1917.

Il est transporté à l'hôpital dans le service de l'un de nous.

A son entrée au pavillon d'isolement le 7 février 1917, la température du soir atteint 40°3. L'éruption de rougeole est caractéristique, s'étendant à la face, au tronc, aux membres.

Le malade est très abattu, dyspnéique; le pouls bat à 86 par minute.

On trouve à l'auscultation des ronchus et des sibilances disséminés et des râles fins aux deux bases. Les urines sont foncées, mais non albumineuses. Un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite.

Le 8 février, température : matin 39° ; soir 40°. Bruits du cœur bien frappés. Pouls 85. Mêmes signes pulmonaires diffus que la veille et de plus foyer de râles sous-crépitants à la base droite. Expectoration abondante, muco-purulente ; urines non albumineuses.

Céphalée intense.

Le 9 février, température : matin 37°8; soir 38°2. Pouls 85. Même état.

Le 10, température : matin 39°; soir 40°2. Pouls, 98. Même état.

Le 11 février, température : matin 39°5 ; soir 39°. Pouls 90. Mêmes signes pulmonaires.

Le malade est extrêmement prostré. Il ne répond pas aux questions qu'on lui pose et paraît ne pas les comprendre. Il se plaint seulement d'une céphalée très intense. Il a des nausées. On constate de la raideur de la nuque mais pas de signe de Kernig. Les réflexes sont normaux. Une ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien trouble, d'aspect puriforme, s'écoulant facilement en gouttes pressées.

Le 12 février, température : matin 37°7 ; soir 36°7. Pouls 80.

La prostration n'a pas diminué, la céphalalgie semble aussi vive.

La raideur de la nuque persiste sans signe de Kernig. Il existe une photophobie manifeste. Il y a de l'inégalité pupillaire avec mydriase à droite.

Le malade n'a pas uriné depuis la veille et le cathétérisme vésical ne ramène pas une goutte d'urine.

Une nouvelle ponction lombaire donne un liquide identique à celui de la veille.

Le 13 février, température : matin 36°; soir 36°. Pouls 75.

La raideur de la nuque est moins accentuée. La torpeur persiste ainsi que l'inégalité pupillaire.

Le malade a uriné la nuit précédente.

Persistance du foyer de sous-crépitants à la base droite.

Le 14 février, température : matin 36°6 ; soir 36°7.

Le malade est sorti de sa torpeur et répond aux questions.

La céphalalgie, la raideur de la nuque et l'inégalité pupillaire ont disparus.

Urines : 750 grammes sans albumine.

Le 15 février, température : matin 36°6; soir 36°7.

Le malade est complètement éveillé. Il se plaint seulement d'un peu de lourdeur de tête.

Urines : 1.250 cmc.

A partir de ce moment la convalescence se poursuit sans incident notable.

L'éruption disparaît ainsi que les symptômes pulmonaires. La diurèse atteint 2 litres le 18 février et 2 litres 1/2 le 19. La température reste entre 36° et 37° jusqu'au 27 février, puis se maintient à 37°.

Le malade notablement amaigri, reprend peu à peu ses

forces et son embonpoint et part en congé de convalescence le 12 mars 1917.

Examen du liquide céphalo-rachidien. — Liquide d'aspect puriforme; culot de centrifugation abondant.

L'examen cytologique montre uniquement des mononucléaires. Il n'y a que 20 % de *lymphocytes*. Les autres éléments sont des *moyens mononucléaires* avec quelques grands mononucléaires. L'ensemencement de liquide sur gélose-ascite reste négatif.

« Résumons en quelques mots cette observation, ajoute M. Lemierre. Un homme atteint d'une rougeole d'ailleurs sévère, fut pris, en pleine période éruptive, de céphalalgie intense, de torpeur allant jusqu'au coma, de raideur de la nuque, de photophobie, d'inégalité pupillaire et d'anurie.

« Deux ponctions lombaires pratiquées à 24 heures d'intervalle donnèrent un liquide d'aspect puriforme. Au bout de quarante-huit heures, tous les symptômes méningés s'amendèrent et la guérison survint sans encombre.

« Si des méningites s'observent parfois au cours de la rougeole, elles sont le fait d'infections secondaires, staphylococciques ou pneumococciques et sont parfois consécutives à des otites. La méningite tuberculeuse peut également se rencontrer, surtout pendant la convalescence.

« Chez notre malade il s'est agi de tout autre chose: l'évolution des accidents méningés a été rapide et favorable. L'examen bactériologique du liquide puri-

forme a été négatif. La formule cytologique enfin, où nous relevons 80 % de mononucléaires moyens et seulement 20 % de lymphocytes, représente quelque chose de si particulier qu'on ne peut s'empêcher d'établir un rapprochement entre les accidents méningés de notre malade et la méningite ourlienne : évolution assez semblable des symptômes, analogie fréquente de la formule cytologique.

« Notons en passant que nous n'avons relevé, dans notre cas, aucun symptôme d'oreillons.

« La méningite ourlienne est due, de toute évidence, à l'agent spécifique inconnu des oreillons. L'agent spécifique inconnu de la rougeole peut-il provoquer des déterminations méningées et est-ce un cas de ce genre que nous avons observé ? Nous *sommes tentés de le croire* ».

OBSERVATION V (inédite)

Cette observation nous a été communiquée par M. le Dr Duchesnay de Malesherbes (Loiret) a qui nous adressons nos sincères remerciements.

Guy B..., 3 ans, sans passé pathologique jusqu'alors, contracte la rougeole auprès de son frère aîné.

Il a une rougeole bénigne mais nette le 5 juin 1930.

D'une famille misérable physiologiquement et socialement (son père est éthylique), l'enfant est levé sans surveillance médicale le 8 juin et reprend une vie normale.

Mais le 10 juin il a un frisson et sa mère est obligée de le coucher et d'appeler le médecin.

Celui-ci est frappé, dès l'abord, par l'aspect figé et la rigidité du petit malade. L'enfant a de plus de la photophobie.

Les pupilles sont en mydriase légère, mais il n'y a pas d'inégalité pupillaires.

On constate de la raideur de la nuque ; le signe de Kernig existe ; le redressement des jambes est très douloureux et arrache des cris à l'enfant.

De plus il n'a pas été à la selle et a vomit une ou deux fois.

En même temps que ces phénomènes méningés il s'est déclaré une broncho-pneumonie.

Celle-ci évolue les jours suivants, cependant que les signes méningés persistent.

Le 14 juin, le médecin pratique une ponction lombaire ; du liquide céphalo-rachidien limpide s'écoule goutte à goutte.

Les phénomènes méningés s'amendent alors très rapidement. La réaction a duré en tout 5 ou 6 jours.

Il n'en est pas de même du côté de l'appareil respiratoire : après une amélioration avec chute de la température, il se déclare une pleurésie purulente à pneumocoques.

En même temps le péritoine réagit légèrement : le ventre est très ballonné, douloureux.

L'enfant est envoyé à l'Hôpital d'Orléans où on pratique un empyème. Après une longue suppuration, le petit malade sort guéri le 3 août 1930. A son arrivée et pendant son séjour à l'hôpital il n'y eut aucun symptôme méningé.

L'enfant est actuellement bien portant.

Voici l'examen du liquide céphalo-rachidien :

Albumine.....	0.20
Glucose.....	0.45
Lymphocytes.....	0.8 par mmc.

Pas de germes.

Il nous semble qu'on puisse, à propos de notre observation, reprendre les arguments et les conclusions de M. Lemierre que nous avons rapportés : « l'évolution des accidents méningés a été rapide et favorable, l'examen bactériologique a été négatif... » Enfin la formule du liquide est une formule à lymphocytes. Leur nombre est d'ailleurs minime, mais leur présence indique cependant une réaction de la séreuse.

Peut-on éliminer l'action du pneumocoque et mettre cette méningite sur le compte de la rougeole : oui, car cette réaction a été brève. Quand le petit malade est arrivé à l'hôpital, il n'y avait plus aucun signe méningé, alors que la réaction péritonéale durait encore et a persisté un bon moment.

Nous conclurons donc avec M. Lemierre : « L'agent inconnu de la rougeole peut-il provoquer des déterminations méningées, nous sommes tentés de le croire. »

CHAPITRE III

MÉNINGITES MORBILLEUSES PURES

Dans ce chapitre, nous grouperons les quatre dernières observations. Ici la méningite a évolué seule. Aucune autre complication n'est venue se surajouter : c'est vraiment la forme typique.

Pour différentes raisons, les examens du liquide céphalo-rachidien manquent dans deux cas.

OBSERVATION VI (Harvey) (1)

Miss C..., cubaine, âgée de 10 ans, sans antécédents pathologiques.

Ses parents sont en bonne santé. On trouve des antécédents tuberculeux dans la famille de sa mère.

L'enfant contracte la rougeole. L'exanthème est à son maximum d'intensité le 10 juillet.

Le 15 juillet l'exanthème a presque disparu, mais on note de la constipation, et la malade se plaint d'une vive douleur à la nuque. Il y a de la photophobie. Les pupilles sont en mydriase.

1. Harvey, *Méningite complication de rougeole. J. Am. méd. association of Chicago*, 1897.

Le 18 juillet, l'état général s'est aggravé ; l'enfant est inconsciente et immobile. Seule une excitation violente la tire de sa torpeur.

Le corps entier est en contracture. Cette attitude est plus marquée le soir : à ce moment le corps est presque en opisthotonos.

Le pouls est assez lent, à 100, la température à 40°.

L'examen des différents appareils organiques ne révèle rien.

Au bout de quelques jours, l'état s'améliore, les contractures et la rigidité disparaissent progressivement. La malade entre en convalescence.

L'auteur, après avoir éliminé la méningite tuberculeuse à cause de la guérison rapide et sans séquelles, conclut à une méningite cérébro-spinale.

Il nous semble difficile de l'admettre : cette réaction méningée ressemble beaucoup plus avec ses caractères bruyants et alarmants et sa terminaison rapide par la guérison, à la méningite morbilleuse.

OBSERVATION VII (Denéchau) (1)

Le jeune C..., 11 ans, d'antécédents héréditaires excellents, a présenté vers 5 ans et demi une poussée fébrile vespérale de cinq semaines avec adénoïdite et adénopathie cervicale.

1. Denéchau, *Syndrome de pseudo-méningite tuberculeuse au cours d'une rougeole. Paris Médical*, 1918, p. 111.

L'ablation des végétations et des amygdales, suivie d'une saison à Salies, semble l'avoir très amélioré.

En août 1913, il contracte une coqueluche légère, puis une rubéole ; enfin en 1914 la grippe.

C'est un grand garçon un peu maigre, porteur habituel de quelques ganglions cervicaux, nerveux, intelligent, travailleur.

La rougeole débute normalement ; le 26 mars 1918 il a 38°8. L'éruption apparaît le 29 ; le 31, elle est à son maximum ; le 1er avril la fièvre tombe ; le 2 au matin, la température ne dépasse pas 37°. Le père, médecin distingué, le croit guéri ; il n'y a eu pourtant ni hypothermie, ni polyurie ; la crise, en un mot, a fait défaut.

Le 2 au soir, l'enfant a 37°8 et le lendemain matin 38° ; il est en même temps abattu, tousse un peu et présente une irrégularité anormale du pouls.

Ce même soir, 3 avril, il a 38°6, il commence à se plaindre vivement de la tête, il est constipé, il a des nausées. C'est le lendemain 4 avril que nous l'examinons, avec son père, qui nous le montre se plaignant violemment de la tête, du front et de la nuque, fuyant la lumière, craignant le moindre bruit ; il veut rester seul, présente quelques mâchonnements et se plaint de nausées, sans avoir encore de vomissements. Son pouls est des plus irrégulier, plutôt lent à notre examen ; la recherche de la raideur de la nuque est très positive, l'enfant ne peut fléchir la tête et toute tentative cause de réelles douleurs à la nuque ; le Kernig est moins intense mais très marqué cependant. Rien à la gorge, rien de net aux poumons malgré une toux fréquente.

Le foie, la rate ne sont pas augmentés de volume ; les urines sont albumineuses ; il existe une notable poussée ganglionnaire cervicale et sur les téguments sont apparues des macules rouges séparées par des intervalles de peau saine, beaucoup plus larges que celles de la rougeole, non prurigineuses et au maximum sur l'abdomen et le thorax. Enfin la raie blanche de Sergent est facile à mettre en évidence.

Réaction fébrile en un mot, érythèmes, ganglions hypertrophiés, un peu d'albuminurie et surtout des signes méningés dominant tout le tableau clinique ; tel est l'état de cet enfant à notre premier examen.

Ces phénomènes méningés s'accentuent le jour suivant. A la céphalée, à la constipation, à la raideur de la nuque et au Kernig se joignent des vomissement répétés à la moindre tentative de prise de liquide. Il existe de la photophobie, de l'hyperacousie, des troubles moteurs (raie méningée), de la torpeur et une irrégularité de plus en plus marquée du pouls.

L'éruption, il est vrai, s'est étendue au tronc, aux membres, aux fesses, épargnant la figure : elle reste rubéoli forme sauf au niveau des fesses où elle forme un large placard scarlatiniforme ; l'arythmie persiste et le premier bruit à la pointe s'assourdit. On explore minutieusement les oreilles, la mastoïde ; on agite l'idée d'un ponction lombaire que l'on remet, un peu dans l'espoir qu'il s'agit d'une de ces réinfections de convalescence et surtout dans la crainte de trouver une réaction méningée enlevant tout espoir à ce milieu trop bien averti. Traitement symptomatique.

Le 6 avril au matin les vomissements se répètent, malgré

la diète absolue ; il existe des troubles vaso-moteurs : alternatives de rougeur et de pâleur du visage ; la méningite semble évidente, lorsqu'à l'examen, on est surpris de constater une diminution notable de la raideur de la nuque ; le Kernig est moins net ; à midi la détente est plus évidente, la température de 39°5 est tombée à 38°2, aussi le Dr Debré, mandé en consultation, remet-il la ponction lombaire ; il demande un examen d'oreilles plus minutieux et, pratiqué le soir même par le Dr Hautant, il est négatif.

L'amélioration tend d'ailleurs à s'accentuer, la température tombe le 6 au soir à 37°7 et le 7 à 37°3 ; la céphalée persiste atténuée et le soir même du 7 avril l'enfant peut garder du liquide. La nuit suivante il peut dormir ; son éruption s'efface en 48 heures.

Il a le 8 une polyurie abondante sans albumine. Seul le pouls reste faible et arythmique avec une pression de 7,25 3,75 au Pachon-Lian.

Bientôt tous les phénomèmes ont disparu ; seule l'arythmie avec brachycardie légère et hypotension persistera ainsi qu'un amaigrissement et une asthénie peu habituels au cours de la convalescence des maladies infectieuses.

Le jeune C... refait une légère poussée fébrile quelques jours plus tard.

Un mois et demi après il est encore pâle, amaigri, déprimé.

Il conserve de l'arythmie avec hypotension.

OBSERVATION VIII

(MM. Guy Laroche et Quioc) (1).

Nous avons eu l'occasion d'observer, en juin dernier, un enfant atteint au décours d'une rougeole d'un état méningé aigu avec liquide céphalo-rachidien trouble et aseptique.

Observation clinique. — Enfant de 11 ans sans passé pathologique. Il est vu le 11 juin 1923, par l'un de nous, pour fièvre avec catarrhe oculo-nasal et énanthème pharyngé ; il présente des taches de Koplick caractéristiques. Les jours suivants la rougeole évolue normalement, avec un exanthème très intense et dans les délais normaux la température commence à baisser. Elle n'atteignait pas cependant tout à fait la normale lorsque, les 15 et 16 juin elle remonte brusquement à 38°5 puis 39°6 et 40°1.

L'enfant est prostré et présente un peu de raideur de la nuque et de la colonne vertébrale ; à l'auscultation on ne trouve qu'une respiration un peu soufflante au sommet gauche, mais ces signes fugaces disparaissent en quelques heures ; il n'y a d'ailleurs pas de dyspnée.

Le lendemain l'état apparaît grave : le facies est tiré, la langue est sèche.

L'enfant, qui répond difficilement aux questions posées est dans un état somnolent.

La raideur de la nuque et le signe de Kernig sont très marqués.

Les pupilles sont inégales et paresseuses à la lumière.

1. MM. Guy Laroche et Quioc, Société médicale Hopitaux, 28 décembre 1923.

Rétention d'urine depuis 24 heures.

Une ponction lombaire est pratiquée ; en raison de l'état légèrement louche du liquide on injecte 10 cmc. de sérum antiméningococcique, en attendant l'examen cytobactériologique.

Le 18 juin l'état est grave ; l'enfant est dans le subcoma, ne répondant pas aux questions ;

Le pouls, régulier, bat à 58-60 par minute. La rétention d'urine persiste ; le sondage donne 250 grammes d'urine très colorée, ne contenant pas d'albumine.

Ces signes généraux graves contrastent avec l'abaissement de température à la normale qui s'est faite en trente-six heures.

Le lendemain d'ailleurs, le changement de tableau est complet ; l'enfant, sorti du coma, répond aux questions et la raideur diminue.

Cependant il redevient somnolent dans les douze heures qui suivent une dernière ponction lombaire et la rétention d'urine qui avait cessé se reproduit.

Le 20 juin l'amélioration clinique est considérable ; l'enfant est très éveillé ; cependant il persiste de la raideur et de la rétention d'urine.

Dès lors il entre en convalescence ; celle-ci fut d'ailleurs assez longue : ce n'est qu'après plusieurs semaines de repos, avec séjour à la campagne, que cet enfant retrouve son état normal.

Voici le détail des examens pratiqués sur les liquides céphalo-rachidiens :

Ponctions lombaires du :	17 juin	19 juin	22 juin
Albumine	0,75	0,80	0,39
Glucose	0,55	0,60	0,60
Chlorures	7,30	7,45	
Eléments figurés	208	395	670
Polynucléaires	6 %	5 %	0 %
Lymphocytes	94 %	95 %	100 %

Dans les trois cas : pas de microbes sur lame, pas de bacilles de Koch.

Cultures négatives (gélose-bouillon, gélose-ascite).

Inoculation au cobaye : sacrifié le troisième mois, ne présentant aucune lésion suspecte.

Réactions de Bordet-Wassermann et Hecht négatives.

M. Guy-Laroche fait suivre cette observation de cette conclusion :

« En résumé : il s'agit d'un rougeoleux de 11 ans qui, au décours d'une rougeole typique, présenta sans signes otitiques un état méningé aigu avec signes cliniques très graves et énorme réaction cellulaire du liquide céphalo rachidien à prédominance lymphocytaire. L'intensité des signes généraux et méningés, le coma, la rétention d'urine, firent d'abord penser à une complication grave : méningite cérébro-spinale, otitique ou tuberculeuse. Mais l'absence d'otite et de bronchopneumonie et l'évolution rapidement favorable nous permirent de porter le diagnostic d'*état méningé aigu secondaire à la rougeole.* »

OBSERVATION IX (inédite).

Marthe G..., 18 ans, femme de chambre.

Cette malade est d'une famille de 8 enfants où il n'y a aucune tare pathologique à signaler.

Dans ses antécédents personnels on trouve : une dothiélientérie, à 14 ans, une appendicite aiguë opérée à 15 ans.

En juillet 1929, elle a accouché à l'Hôpital de la Charité à Paris, d'un garçon, accouchement laborieux (siège) qui a été suivi d'une infection puerpérale assez grave.

A noter encore plusieurs pertes de connaissance avec chute ; mais il n'y a jamais eu de blessures, ni de morsure de la langue, ni émission d'urines.

Elle souffre assez fréquemment de céphalée occipitale, surtout vespérale et nocturne.

Assez forte, sans malformation, la malade ne présente rien de particulier à l'examen des différents appareils. Elle est extrêmement nerveuse et présente des réactions vasomotrices intenses (alternatives de rougeur et de pâleur).

Le 8 février 1930 elle est prise brusquement de vomissements avec céphalée violente et catarrhe oculo-nasal.

Le 11 février, l'exanthème morbilleux apparaît.

Elle entre à l'hôpital le 12 février ; l'éruption est intense et typique. Il y a du larmoiement et de l'enchifrènement. A l'auscultation on entend de nombreux râles humides. La température est à 40°5.

Le 13, la malade vomit une ou deux fois dans la journée et se plaint d'une violente douleur lombaire.

Le 14, alors que la température est en voie de décrois-

sance nette (38°-38°4 ce jour-là) de même que l'exanthème, on constate un syndrome méningitique net :

Céphalée.

Raideur de la nuque.

Signe de Kernig.

Vomissements bilieux fréquents.

Constipation.

Les réflexes lumineux sont normaux, les pupilles égales.

Les réflexes tendineux vifs et égaux.

Le pouls est en dissociation avec la température : il bat à 120 par minute.

Une ponction lombaire d'environ 10 cmc. est pratiquée à la fin de la matinée. Le liquide est eau de roche.

Dès le soir : disparition presque complète de tous les symptômes. La malade se sent bien. Elle ne souffre plus de la tête, ne vomit plus.

Il persiste cependant de la raideur de la nuque.

Il n'y a plus de signe anormaux à l'auscultation.

L'amélioration continue très rapide et le 20 février la température est à la normale depuis quatre jours, et la malade demande à sortir.

Avant son départ on décide de faire une ponction lombaire le 22 février. La malade s'agite tellement que plusieurs essais restent infructueux.

Or le soir même il y a reprise du syndrome méningitique (quoique atténué) avec fièvre atteignant 40° pendant 6 jours.

Après 5 nouveaux jours apyrétiques on pratique la ponction lombaire le 5 mars 1930. On retire encore dix centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. A la suite de cette

ponction, nouvelle poussée fébrile (39°9) avec phénomènes douloureux.

Cela dure 3 jours et quelques jours après la malade sort de l'hôpital complètement guérie. Elle est actuellement en bonne santé.

Voici les résultats des deux ponctions lombaires ;

Liquide clair les deux fois :	14 février	5 mars
Albumine	1 gr.	0,15
Chlorures	6 gr. 40	7
Lymphocytes	80 p. mm³	5

Examen bactériologique négatif.

Il n'y avait eu aucun phénomène otitique ou pulmonaire. Les réactions de Bordet-Wasserman et de Hecht pratiquées dans le sang furent négatives.

OBSERVATION X (inédite)

Dr Marre.

Mlle L. D..., 19 ans, est prise, après 3 jours de malaise, le 1er avril 1922, de catarrhe oculo-nasal, toux et fièvre à 39°4.

Le lendemain 2 avril, éruption de rougeole sur la face ; les jours suivants l'éruption s'étend au reste du corps, discrète sur le tronc.

Le 4 avril (3e jour de l'éruption), l'exanthème a disparu, la température est tombée à la normale, la malade est gaie et semble devoir guérir rapidement. Le soir cependant, apparition brusque d'une céphalée intense. La nuit est très

mauvaise et le lendemain 5 avril, bien que la température et le pouls soient encore normaux, la céphalée persiste, la raideur de la nuque et le Kernig apparaissent. Aucune manifestations du côté des oreilles.

Le 6 avril, mêmes signes, avec, en plus, élévation thermique à 37°2 le matin, 38°2 le soir ; pouls à 80°, régulier ; pas de troubles oculaires ni des réflexes, mais constipation, rétention d'urine, prostation. La ponction lombaire ramène un liquide clair qui s'écoule en jet et dont l'examen donne les résultats suivants :

Aspect limpide.

Albumine : 0 gr.80 p. 1000.

Leucocytes : 336 par mm^3 à la cellule de Nageotte.

Culot de centrifugation :

Polynucléaires ..... 63 %

Lymphocytes ..... 37 %

Examen bactériologique : négatif.

Le lendemain 7 avril, détente : température à 37,3.37,1, pouls régulier à 70 ; la malade parle volontiers, déclare sa céphalée très atténuée, mais se plaint de douleurs lombo-abdominales.

Le 8 avril, même état ; une 2e ponction lombaire donne issue à un liquide clair avec les caractères suivants :

Aspect limpide.

Albumine : 0 gr. 35 p. 1000.

Leucocytes : 24 par mmc. à celle de Nageotte.

Culot de centrifugation : lymphocytes, sans polynucléaires.

Examen bactériologique : négatif.

Amélioration considérable, puisque le taux de l'albumine a baissé de plus de moitié et que le chiffre des leucocytes au lieu de croître est tombé de 336 à 24, les lymphocytes remplaçant les polynucléaires.

Le 9 avril, la température reste normale ; mais le pouls présente quelques irrégularités ; pas de céphalée, mais persistance des douleurs lombo-abdominales et des troubles sphinctériens ; quelques nausées.

Le 10 avril, le Kernig s'atténue, il y a une miction spontanée ; les douleurs lombo-abdominales, les nausées et l'irrégularité du pouls persistent.

Le 11 avril, l'amélioration s'accentue, le Kernig est très atténué ; une 3e ponction lombaire est pratiquée, mais ne donne que quelques gouttes de liquide mélangé à du sang, insuffisantes pour un examen.

Le 12 et surtout le 13 avril, l'amélioration est considérable le pouls est régulier, le sommeil et la gaîté sont revenus, miction et selle se produisent spontanément.

Le 14 et 15 avril, reprise des douleurs lombo-abdominales et de quelques difficultés pour uriner ; la température s'élève à 37,6 le soir ; 4e et dernière ponction lombaire qui donne les résultats suivants :

Aspect limpide.

Albumine : 0 gr. 20 p. 1.000

Leucocytes : 11 par mmc. à la cellule de Nageotte.

Culot de centrifugation : Lymphocytes.

Examen bactériologique : Négatif.

Le 16 avril, grande amélioration ; le 18, température à 38°2 avec algies multiples ; mais, à partir du lendemain 19,

tout rentre dans l'ordre et la malade peut être considérée comme convalescente.

L'apparition de cette méningite au décours d'une rougeole avait inspiré des inquiétudes d'autant plus vives que le père de la jeune malade était un vieux bacillaire et que sa sœur était morte, quelque temps auparavant, de méningite tuberculeuse. La non constatation du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, le pourcentage élevé de polynucléaires constatés lors de la 1re ponction ne suffisaient pas à rassurer. Seule l'évolution a montré qu'il s'agissait d'une méningite bénigne. A l'heure actuelle, 8 ans après cette atteinte méningée, la jeune fille est en très bonne santé.

Dans ces cinq observations, nous retrouvons, à quelques différences de détail près, greffé sur une rougeole normale, un syndrome méningé violent évoluant en quelques jours vers la guérison sans séquelles.

Deux de ces observations n'ont pas eu le test de la ponction lombaire.

Dans les trois autres nous retrouvons une formule lymphocytaire ou à prédominance lymphocytaire.

Nous verrons au chapitre du diagnostic que c'est bien là une complication particulière de la rougeole du même type que celles qu'on rencontre dans de nombreuses infections.

DIAGNOSTIC

De toutes ces observations peut-on déduire une description shématique de la méningite au cours de la rougeole ? Peut-on isoler et décrire une méningite morbilleuse ? Nous le pensons et nous allons essayer de le montrer.

Il s'agit presque toujours d'individus sans antécédents pathologiques notables. Souvent on ne trouve pas de maladies graves antérieures ; ou bien c'est une paratyphoïde ou une typhoïde, une adénoïdite ou une pneumonie. Rien n'attire l'attention sur le système nerveux. Deux fois on relève la tuberculose dans les antécédents immédiats des malades (obs. VI et X).

C'est ordinairement un enfant ou un adulte jeune. Deux fois cependant les malades ont 30 et 40 ans.

Cet individu contracte la rougeole; la période d'invasion ne présente rien de particulier (sauf toutefois chez notre malade de l'obs. IX qui a souffert de céphalée vive pendant ce temps). L'éruption est variable, parfois intense, elle est, chez d'autres, moyenne ou atténuée. Elle est cependant toujours nette. Il ne semble y avoir aucun rapport entre l'intensité de l'exanthème et l'apparition d'une méningite.

L'évolution se continue normale, l'éruption commence à décroître, la fièvre baisse on attend la crise.

A ce moment vers le 4e ou 5e jour (5e jour dans 4 observations ; deux fois le 2e jour (IX et X) : forme précoce; une fois le 15e jour (I) : forme tardive) on note une nouvelle journée fébrile.

En même temps le malade se plaint de troubles, qui déjà attirent l'attention sur le système nerveux. C'est ordinairement de la céphalée ou bien la nuque est douloureuse ou encore la région lombaire (obs. IX).

En quelques heures, en moyenne une journée le syndrome méningitique est constitué. Parfois cela demande un peu plus de temps (deux à trois jours dans l'observation de Seglas, de même dans celle de Denéchau); mais souvent on trouve le matin le malade bien presque apyrétique et le soir on constate un état général moins bon et une poussée thermique.

Etudions maintenant ce syndrome méningé qui vient de se constituer. Il a un caractère violent et souvent inquiétant.

Céphalée et constipation sont deux symptômes qui se retrouvent dans presque toutes les observations. Souvent cette céphalée est intense et c'est elle, surtout, qui fait souffrir le malade.

Les vomissements, tout au moins les vomissements répétés ne sont signalés que dans deux observations.

Assez souvent on note de la phosphobie.

La température est toujours élevée, quelquefois plus que pendant la période d'état de la rougeole. On note presque toujours 39°8,40 et même 41°.

Le pouls est en général ralenti. Il bat à 58-60 dans l'observation de M. G. Laroche alors que la température est à 40°. Cependant on ne trouve pas une telle dessociation dans les autres observations et même dans l'observation IX il est rapide à 120.

Quant aux signes physiques, le plus constant est la raideur de la nuque. Elle est signalée dans toutes les observations. Elle va de pair avec la température et cesse avec elle.

Le signe de Kernig n'existe pas toujours. Il manque dans plusieurs observations et en particulier dans l'observation de M. Lemierre où on trouve cependant un liquide puriforme.

Des contractures étendues au tronc et même aux membres sont signalées (obs. I-V-VI).

L'hyperesthésie cutanée également (seulement dans les observations de méningite avec syndrome mental I-II-III).

Les réflexes sont en général exagérés ; mais le réflexe plantaire est normal.

Les pupilles présentent parfois une inégalité évidente (I-IV-VIII). Ce n'est pas un symptôme fréquent, non plus que le nystagmus signalé une fois (ob. III).

Enfin dans les observations de M. G. Laroche et une des nôtres (X), le malade a eu de la rétention d'urine.

Quant aux autres appareils ils sont le plus souvent

indemnes et la méningite est la seule complication. Dans deux observations seulement (IV et IX) on voit évoluer côte à côte une méningite et un foyer pulmonaire.

La famille et le médecin ont été effrayés par l'apparition de ce syndrome méningitique violent. En effet, le plus souvent l'état du malade est inquiétant et la violence des symptômes impressionnante. Le spectre de la méningite tuberculeuse apparaît et M. Denéchau rapporte que cette crainte l'empêcha, dans un milieu médical, de pratiquer une ponction lombaire de peur d'avoir, à la fois, une confirmation et une condamnation.

Et cependant tout va rentrer dans l'ordre assez rapidement.

Brusquement la température baisse, la céphalée disparaît, la nuque redevient souple et la guérison survient rapidement : 5 jours en moyenne (4 fois 5 jours ; 3 fois 3 jours et une seule fois 10 jours. obs. I ; une fois 2 jours). La convalescence est brève le plus souvent. Dans la seule observation de M. Denéchau le malade est resté longtemps fatigué.

En résumé nous pouvons dire : début brutal, période d'état de courte durée avec phénomènes violents, guérison, convalescence brève.

Nous avons envisagé jusqu'à présent l'histoire clinique de la maladie, nous réservant de comparer les résultats obtenus par la ponction lombaire dans un chapitre d'ensemble.

Nous voudrions d'abord dire un mot de l'effet de la ponction lombaire sur l'état du malade :

On peut faire, d'abord, cette constatation d'ensemble que la ponction lombaire n'a pas d'influence sur la durée de la réaction. Les cas où elle n'a pas été pratiquée ont eu la même durée d'évolution que les autres.

En général, la ponction lombaire, en diminuant la pression intra-cranienne, donne au malade un soulagement tout au moins momentané.

Cela a été très net dans l'observation 9, après la la première ponction lombaire, moins dans d'autres où l'état s'est maintenu semblable.

Mais un fait curieux est cette récrudescence des symptômes après une ponction lombaire pratiquée alors que le malade est en voie de guérison : le malade retombe dans le coma et a de la rétention d'urine dans l'observation de M. G. Laroche.

Dans une des nôtres il y a rechute après un simple essai de ponction lombaire, alors qu'on n'a pu retirer une goutte de liquide.

Rechute également après une ponction lombaire pratiquée après terminaison de la première rechute.

De même dans l'observation X on note une reprise des douleurs après les ponctions avec 1 fois ascension de température.

Nous citons ces faits, mais nous ne tenterons pas de les expliquer. Ils sont d'ailleurs connus et cités et se produisent après des ponctions lombaires chez des malades chroniques (P. G. par exemple) (Cha-

vany, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mai 1929).

Etude du liquide céphalo-rachidien. — Le liquide céphalo-rachidien est le plus souvent limpide, eau de roche (5 fois).

Deux fois cependant il a eu un aspect louche et même puriforme (obs. de MM. Lemierre et G. Laroche). Dans un cas il est devenu limpide aux 2e et 3e ponctions.

Il n'y a pas eu de mesure exacte de la tension. Dans les 2 cas de Lagane où le L. C.-R. fut normal, l'auteur signale une forte hypertension.

Au point de vue chimique : En général, il y a hyper-albuminose (le chiffre oscille entre 0,50 et 1 gr.). Il baisse rapidement.

Le taux du glucose est trouvé à peu près normal (0,60, 0,45) dans les 2 cas où il a été cherché).

Les chlorures sont légèrement abaissés dans deux observations.

Sauf dans les deux observations de Lagane on trouve une réaction cellulaire dans le L. C.-R.

La formule est une formule à mononucléaire. Dans l'observation de M. Laroche et dans celle de M. Marre on trouve aux premières ponctions une certaine proportion de polynucléaires. Ils ne tardent pas d'ailleurs à disparaître.

Grands mononucléaires, 80 %, avec 20 % de lymphocytes dans l'observation de M. Lemierre. Dans toutes les autres les lymphocytes sont en énorme

prédominance ou même existent seuls (obs. V et IX).

En résumé formule nette de réaction méningée à prédominance lymphocytaire.

Le nombre des éléments anormaux diminue et le chiffre des composants chimiques du L. C.-R. se régularise rapidement. A la fin de la réaction fébrile il est presque normal. On ne trouve qu'une exception : dans l'observation de M. Laroche le taux des éléments figurés augmentent au fur et à mesure des ponctions.

Il n'a pas été fait de ponctions tardives établissant la persistance de la réaction figurée du L. C.-R. comme on la trouve dans la méningite ourlienne.

L'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien a été fait dans tous les cas :

Jamais il n'a été trouvé de germes à l'examen direct. Les cultures ont été négatives dans les deux observations de M. Lemierre et de M. Guy Laroche et la nôtre (IX). La réaction de Bordet-Wassermann a été négative dans tous les cas où elle a été recherchée.

Une seule inoculation au cobaye fut pratiquée (obs. VIII) ; elle a été négative.

En résumé : la méningite morbilleuse est une méningite de type lymphocytaire évoluant bruyamment en quelques jours pendant le déclin d'une rougeole et guérissantsans laisser de traces.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous avons essayé d'individualiser, tant au point de vue clinique, qu'au point de vue des caractères du liquide céphalo-rachidien, une méningite spécifique de la rougeole. Nous avons conclu qu'il existait, en effet, une méningite morbilleuse.

Il nous faut montrer maintenant comment on peut la différencier des méningites, de causes secondaires, qui surviennent au cours de cette maladie infectieuse, et comment elle se distingue des névraxites post-morbilleuses.

A) *Diagnostic avec les méningites otitiques.* — L'otite moyenne et la mastoïdite sont fréquentes au cours de la rougeole.

Le diagnostic est assez facile chez l'adulte, car la douleur appelle l'attention du malade. Cependant elles peuvent évoluer quelquefois à bas bruit. Chez le nourrisson et le petit enfant elles risquent souvent de passer inaperçues, si l'on n'a pas soin d'examiner, par principe, les oreilles.

On nous permettra de citer une observation de M. M. Renaud (Soc. Médicale et Hôpitaux, 1922).

Garçon de 6 ans. Au 8e jour d'une rougeole réaction méningée grave. Au 11e jour liquide céphalo-rachidien

sanguinolent. Mort. A l'autopsie nappe hémorragique infiltrant la substance grise ; les méninges recouvrant le rocher semblent normales ; les oreilles sont pleines de pus verdâtre ; la suppuration s'étend loin en arrière. Rien n'avait attiré l'attention sur les oreilles durant la vie.

M. Renaud cite 3 autres observations à peu près semblables.

On voit combien l'otite peut passer facilement inaperçu. Il faudra donc surveiller attentivement les oreilles et demander sans hésiter l'avis d'un spécialiste.

Cependant l'évolution de la méningite otitique, au lieu d'aller rapidement vers la guérison, sera souvent rapidement fatale.

L'examen du liquide céphalo-rachidien donnera des précisions intéressantes. Il sera rarement limpide, souvent purulent et on y trouvera des germes.

B) *Diagnostic avec la méningite cérébro-spinale.* — Des cas assez rares de méningite cérébro-spinale consécutives à la rougeole ont été publiés.

On y pensera en cas de liquide trouble. M. G. Laroche a même fait immédiatement, et comme la prudence le demandait, une injection de sérum polyvalent, lorsque sa ponction ramena un liquide trouble.

Le laboratoire saura faire le diagnostic rapidement. Si on trouve du méningocoque le traitement classique sera institué. S'il n'y a pas de germes

on pensera à la méningite morbilleuse et le traitement sera seulement symptomatique.

C) *Diagnostic avec les méningites consécutives à une complication pulmonaire.* — Elles ne sont pas très fréquentes.

Eliminons d'abord les méningites où l'on trouve dans le liquide céphalo rachidien des polynucléaires et des pneumocoques. Elles auront une évolution d'ailleurs plus grave.

Quelquefois, en particulier chez le tout jeune enfant, on trouve au début une pneumopathie, une réaction méningée, légère ; à la ponction lombaire le liquide céphalo-rachidien est clair.

Le diagnostic est évidemment difficile avec la méningite morbilleuse.

C'est le cas que nous avons discuté à propos de notre observation V Nous avons pensé pouvoir conclure à une méningite morbilleuse à cause de la rapidité d'évolution vers la guérison, l'absence de germes et la présence de lymphocytes.

On trouve en effet plus souvent, même dans un liquide limpide quelques polynucléaires.

D) *Diagnostic avec la méningite bacillaire.* — Classiquement la rougeole est considérée comme une maladie tuberculisante.

Von Pirquet a démontré que le malade rougeoleux était en état d'anergie. Chez lui, tout au moins pendant la période d'éruption, la cuti-réaction est négative.

Debré et Joannon (1) disent au contraire que l'évo-

1. *La rougeole.* Masson, 1926.

lution de la tuberculose après la rougeole est en réalité exceptionnelle.

Rilliet et Barthez l'ont vu 22 fois sur 314 cas soit 7 %.

Fiessinger 15 fois sur 650 soit 2, 30 %.

Récemment M. le prof. Nobécourt (1) a donné ces chiffres : sur 459 cas de rougeole il a vu la tuberculose évoluer 15 fois soit 3,48 %.

Nous étudierons la méningite tuberculeuse post morbilleuse d'après l'article du prof. Nobécourt.

Souvent on retrouve dans les antécédents du malade une tuberculose héréditaire, collatérale ou même personnelle.

Quelques fois cependant on ne soupçonne la tuberculose ni dans l'entourage ni chez le malade (obs. IX-X-XVIII-XIX).

La méningite débute plus tardivement : 5 semaines après l'éruption (IX), 15 jours après (X), 2 mois (XVIII) et même 5 mois (XIX).

Il en est de même dans un cas publié par Hutinel *Presse Médicale*, mai 1918 : Rougeole, l'enfant continue à tousser, méningite 2 mois après).

Les symptômes sont moins bruyants. L'atteinte des centres nerveux est plus profonde. Il y a des phénomènes basilaires plus marqués.

Le plus souvent une tuberculose pulmonaire ou même une granulie évolue parallèlement.

Enfin l'évolution est souvent mortelle.

1. *Archives de médecine des enfants*, février 1930. Rougeole et Tuberculose.

On devait d'après le Pr Guillain trouver le B.K. dans presque tous les cas (95 %). Cette recherche peut être longue et difficile et souvent dans un examen ordinaire on n'en trouve pas.

E) *Diagnostic avec l'encéphalite morbilleuse.* — C'est sous ce nom qu'une complication grave de la rougeole, avec atteinte des centres nerveux, est décrite le plus souvent. Le terme de névraxite serait, peut-être, plus juste car tous les étages du système nerveux peuvent être atteints. On en trouve un assez grand nombre d'observations, surtout dans les pays étrangers. Est-il possible de dire au début, si, tout se bornera à une méningite morbilleuse curable ou si on aura affaire à une névraxite ?

Nous résumerons d'abord une observation de Eliott publiée dans *The Lancet*, 1900.

X... 18 ans. Exanthème le 1er mai. Le 4 mai au matin le malade paraît entrer en convalescence.

Le 4 au soir, nouvelle poussée de fièvre avec attaques épileptiformes, céphalée, raideur de la nuque. Les attaques se répètent les jours suivants. Le 10 mai une paraplégie avec abolition des réflexes rotuliens est constituée. Incontinence des sphincters.

Le 17 mai, le malade va mieux ; les réflexes sont réapparus et quelques mouvements sont possibles.

La convalescence est longue avec des troubles de la vision des couleurs.

Nous avons cité cette observation parce que le

mode de début ressemble à celui de nos méningites. Il s'en faut de beaucoup qu'on retrouve dans toutes les observations, l'apparition de la complication 3 jours après l'exanthème. Souvent les symptômes apparaissent beaucoup plus tard : 20 jours après l'exanthème (J. Bonaba, *Arch. Lat. di Pediatri*), 6 semaines (Pujol, *Maroc Médical*, 1927). 1 mois (Pougmann et Ponez, *Wiener Médizinishe Wochenschrift*, 1929). Il semble qu'on retrouve autant de débuts précoces que de débuts tardifs.

En général le début est brusque avec phénomènes d'irritation méningée ; raideur de la nuque, signalée presque partout, céphalée. Mais il est rare que cela se borne là ; il y a presque toujours un symptôme plus grave : dans l'observation d'Eliott il s'agissait de véritables attaques épileptiformes. Les convulsions simples sont souvent signalées. Ou bien d'emblée on note l'atteinte d'un nerf cranien : amaurose subite dans l'observation de Bregmann et Ponez.

Donc, presque toujours, immédiatement un symptôme d'atteinte profonde des centres nerveux, attire l'attention.

En tout cas ce symptôme ne tarde pas à s'installer: paraplégie flasque, hémiplégie ou hémiparésie (Bonaba et Pujol), parésie des quatre membres (Boissière, Lacroix et Malaphale, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1927).

On voit dès maintenant que ces névraxites diffèrent, dès le début, des méningites morbilleuses curables.

L'évolution de ces 2 complications est bien différente. Celle de la méningite morbilleuse va vers une guérison rapide et sans séquelles avec convalescence brève ; ici au contraire les troubles ne regressent que peu à peu (le malade de Pujol qui eut une hémiplégie steppe encore deux mois après). Enfin les malades sont longs à se remettre.

Il n'y a pas eu la plupart du temps d'examen du liquide cephalo-rachidien. Seul Boissière dit avoir trouvé un liquide normal (au début de la réaction).

Ces deux complications : méningite et névraxite, sont-elles dues au virus morbilleux et ne font-elles qu'une même entité ne différant que par le degré de gravité ? Cela est admissible. Il serait même assez tentant de le croire.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié, avec le diagnostic, l'évolution des méningites morbilleuses puisque nous avons vu que l'évolution rapide vers la guérison faisait partie de leurs caractères distinctifs.

Au chapitre de la ponction lombaire nous avons signalé l'heureux effet de cette intervention, dans certains cas, sur les phénomènes douloureux. Ce sera donc un moyen de traitement, en même temps que de diagnostic. On ne répètera, cependant, les ponctions lombaires qu'avec prudence et lorsque cela sera nécessaire pour de nouveaux examens, car nous avons vu que, plusieurs fois, il y avait, à propos de ces nouvelles ponctions, reprise des phénomènes douloureux et de la fièvre.

Il ne nous reste qu'à tirer les conclusions de ce travail :

1° Il existe au cours de la rougeole des méningites aiguës d'ordre général, bien différentes des méningites de cause locale et en particulier des méningites otitiques.

2° Elles sont rares.

3° Elles surviennent au début de la période de déclin de l'éruption, s'accompagnent d'élévation de

température, de phénomènes généraux violents, sans toutefois donner de signes d'atteinte profonde des centres nerveux.

4° La réaction du liquide céphalo-rachidien est du type mononucléaire, avec souvent prédominance des lymphocytes, ce qui donne à craindre le développement d'une méningite tuberculeuse. Mais tous les examens de laboratoire sont négatifs.

5° Ces méningites disparaissent aussi rapidement qu'elles sont venues et ne laissent par de séquelles.

6° Elles ressemblent aux méningites d'ordre général, qu'on rencontre au cours de nombreuses infections, tant par leur mode de début, que par leurs signes cliniques et de laboratoire : rougeole (M. René Bénard) (1), scarlatine (M. de Massary) (2), herpès (M. le Pr Nobécourt) (3) oreillons, etc.

Il est difficile de se prononcer sur l'étiologie de ces méningites. Il nous semble cependant permis de les attribuer au virus morbilleux.

1. M. René Bénard, Société Médicale Hôpitaux, 1921, 4 novembre
2. M. de Massary, Société Médicale Hôpitaux, 1927, 16 mars.
3. M. Pr Nobécourt, Acad. de Méd., 1925.

Vu, le Président de la thèse,
NOBÉCOURT.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

1099. — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 11-30

31